

Problemy seksualne u mężczyzn homo- i biseksualnych – omówienie kontekstu zagadnienia

Sexual problems in homo- and bisexual men – the context of the issue

Bartosz Grabski^{1, 2}, Krzysztof Kasparek³

¹ Pracownia Seksuologii, Katedra Psychiatrii UJ CM

² Oddział Kliniczny Kliniki Psychiatrii Dorosłych, Dzieci
i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

³ Centrum Ewaluacji i Analiz Polityk Publicznych UJ

Summary

The aim of the paper is to present a specific context for the occurrence of sexual problems, i.e., sexual dysfunction in the population of homo – and bisexual men. Sexual problems and revealing them are usually a big challenge for men. In case of homo – and bisexual men additional psychological and social factors may contribute to the occurrence of these problems, as well as make experiencing them more painful, but also impede looking for and receiving an adequate help. These factors are connected to the specific features of gay men sexuality, such as: lack of obvious sexual scripts for homosexual men, full reversibility of all sexual roles and positions in contacts between two men or no fear of unwanted pregnancy, but also with the unique psychosocial context such as: minority stress and internalized homophobia. Clinicians – psychiatrists, sexologists and psychologists – should be aware of their existence to deliver a more effective professional and culturally competent care, which is free of prejudice, based on deepened reflection and void of automatic transference of experiences with work with heterosexual men.

Słowa kluczowe: dysfunkcje seksualne, homoseksualność

Key words: sexual dysfunctions, homosexuality

Wstęp

Problemy seksualne stanowią dla mężczyzn często trudne doświadczenie. Ma to związek z dużym rozpowszechnieniem błędnych przekonań czy nierealistycznych oczekiwań i wyobrażeń o męskim funkcjonowaniu seksualnym [1, 2]. Ujawnienie się trudności seksualnych wywołuje więc często nasiloną odpowiedź lękową oraz poczucie zażenowania i wstydu. Procesy te doprowadzają do narastania tzw. lęku zadaniowego, który jest jednym z głównych, psychologicznych mechanizmów podtrzymywania dysfunkcji seksualnych [2]. Ponadto w społeczeństwie problematyka seksualna wciąż stanowi sferę tabu, niechętnie poruszaną jako temat rozmowy z obcymi. Wyniki badań oraz doświadczenie kliniczne wskazują na to, że bardzo wielu mężczyzn z zaburzeniami seksualnymi przez wiele lat zwleka z wizytą u specjalisty, zgłaszając się często gdy problem jest utrwalony i wywarł już destruktywny wpływ na samopoczucie psychiczne czy funkcjonowanie w relacji partnerskiej [3]. Równocześnie podejrzewa się, że bardzo wielu mężczyzn z dysfunkcjami seksualnymi w ogóle nie korzysta z odpowiedniej opieki specjalistycznej [3]. Praktyka kliniczna pokazuje, a niektóre badania zdają się to potwierdzać, że przyczyną powyższego stanu rzeczy jest często wstyd [4]. Co ciekawe, problem ten występuje także w kulturach odmiennych od europejskiej [5].

W przedstawionym powyżej kontekście jeszcze ciekawsze wydaje się pytanie o to, jakie problemy seksualne występują u mężczyzn homo- i biseksualnych oraz jak z tymi problemami radzi sobie ta populacja. Należy zdać sobie sprawę, że w tym przypadku oprócz poczucia wstydu związanego z dysfunkcją i wkraczania w sferę intymności i tabu pojawia się dodatkowy problem, jakim jest ujawnienie stygmatyzowanej orientacji seksualnej i lęk przed odrzuceniem lub inną formą złego potraktowania przez specjalistę. Dotychczasowe badania pokazują, że populacja osób nieheteroseksualnych często unika kontaktu ze specjalistami, a jeśli go nawiązuje, to rzadko ujawnia swoją orientację seksualną [6].

Czynniki wpływające na życie seksualne mężczyzn homo- i biseksualnych

Wyniki dotychczas przeprowadzonych badań na temat rozpowszechnienia dysfunkcji seksualnych u mężczyzn homo- i biseksualnych oraz płynących z tych badań wniosków są niejednoznaczne i zaprezentowano je m.in. w publikacjach Bancrofta i wsp. [7], Hirshfielda i wsp. [8], Jerna i wsp. [9], Kuypera i Vanwesenbeecka [10], Shindela i wsp. [11]. Celem niniejszej pracy jest poddanie refleksji spraw natury bardziej ogólnej, poprzez omówienie unikatowych cech seksualności gejowskiej oraz charakterystycznego dla tej grupy pacjentów kontekstu psychospołecznego, w którym dochodzi do ujawnienia się problemów seksualnych. Badania poświęcone tej tematyce, płynące z nich wnioski oraz sugerowane kierunki ich kontynuacji zostaną szczegółowo zaprezentowane przez autorów w kolejnej pracy.

Różnice w seksualności mężczyzn hetero- i nieheteroseksualnych

Jednymi z pierwszych autorów, którzy poddali te kwestie systematycznej analizie, byli Sandfort i de Keizer [12]. Wśród różnic pomiędzy mężczyznami hetero- i nieheteroseksualnymi, które mogą wpływać na pewną odmienność ich życia seksualnego i doświadczanych przez nich problemów seksualnych, zwracają oni uwagę na:

- centralną pozycję stosunku pochwowego u mężczyzn heteroseksualnych, która nie występuje u mężczyzn homoseksualnych;
- fakt, że seks analny, choć częstszy wśród gejów, nie jest uważany za substytut seksu waginalnego;
- częstsze występowanie innych form seksu niekoitalnego, np. oralnego u gejów;
- pełną odwracalność wszystkich ról i pozycji seksualnych w kontaktach pomiędzy dwoma mężczyznami, czego nie można powiedzieć o kontaktach heteroseksualnych;
- symboliczne, związane z władzą, konotacje, jakie niosą ze sobą role i pozycje seksualne. Ich wspomniana pełna odwracalność i wymiennność w parach gejowskich może stanowić dla nich wyzwanie;
- brak występowania lęku przed niechcianym zejściem w ciążę;
- fakt, że w przypadku mężczyzn homoseksualnych partner seksualny (drugi mężczyzna homoseksualny) jest stygmatyzowany społecznie, tak jak sama homoseksualność;
- większą liberalność mężczyzn nieheteroseksualnych i ich otwartość na eksperymentowanie, co rodzić może zarówno pozytywne (np. urozmaicenie sztuki miłosnej), jak i negatywne skutki (np. większe narażenie na nadużycia);
- względnie mniejszą dostępność potencjalnych partnerów seksualnych;
- potencjalnie mniejszą stabilność relacji gejowskich;
- brak oczywistych skryptów seksualnych dla mężczyzn homoseksualnych lub adaptowanie nie zawsze pasujących skryptów heteroseksualnych, co może owocować pojawianiem się trudności, na przykład: 1) skrypty heteroseksualne zakładają przejmowanie inicjatywy przez mężczyzn, co utożsamiane jest z męskością, a zatem może rodzić potencjalne problemy, gdy obaj partnerzy to mężczyźni; 2) trudniej rozeznaczyć się, jak wchodzić w interakcję z partnerem oraz czego oczekiwać w kontaktach seksualnych;
- mniejsze przywiązanie do monogamicznego modelu związku (np. częstszą akceptację seksu bez miłości, częstsze przyzwolenie na seks poza związkiem);
- mniejszy nacisk na dążenie do szybkiego osiągnięcia orgazmu lub jego równoczesność u partnerów;
- potencjalnie większe znaczenie nadawane przez mężczyzn sprawności i przyjemności seksualnej niż, jak w przypadku kobiet, intymności.

Kontekst psychospołeczny funkcjonowania seksualnego mężczyzn nieheteroseksualnych

W celu opisanego wyżej opisanego kontekstu warto sięgnąć do pracy McNally'ego i Adams [13]. Autorzy omawiają w niej znaczenie męskiej roli płciowej, zinternalizowanej homofobii, kompensacji, problemów związanych z tożsamością i intymnością, nadużyć lub wczesnych traumatycznych doświadczeń, reakcji na HIV i AIDS, czynników organicznych, interpersonalnych, społeczno kulturowych oraz postępowania medycznego. Poniżej znajduje się ich omówienie.

Wpływ męskiej roli płciowej

Potencja seksualna jest wysoce ceniona przez mężczyzn, a problemy z nią związane bardzo silnie uderzają w ich poczucie wartości i poczucie bycia „prawdziwym mężczyzną” [2]. W przypadku niektórych mężczyzn homoseksualnych sytuacje w jakikolwiek sposób uderzające w ich poczucie męskości mogą być więc bardzo zagrażające i dodatkowo nasilać problem seksualny. Może dotyczyć to sytuacji, w których sprawność seksualna jest sposobem na ucieczkę od „posądzania” o zniewieszczenie czy kobiecość, które stereotypowo bywają kojarzone z homoseksualnością.

Wyjaśnienie tego zjawiska oferują Fracher i Kimmel (za: [14]), odwołując się do męskich skryptów seksualnych. Wspomniani autorzy charakteryzują je poprzez następujące elementy: 1) seksualne dystansowanie się, 2) uprzedmiotawianie, 3) fallocentryzm oraz 4) nacisk na uzyskanie i utrzymanie erekcji bez wytrysku tak długo, jak to tylko możliwe. Mężczyźni homoseksualni są według autorów także socjalizowani do tego, by mieć „męski seks”. Z tej perspektywy problemy seksualne mogą przez nich być rozumiane jak dowód „uszkodzonej tożsamości płciowej”, braku męskości. W ten sposób mężczyźni homoseksualni, których męskość jest w szczególności sposobem kwestionowana, mogą wykazywać zwiększoną podatność na rozwój problemów seksualnych. Dołączyć do tego może także przekonanie, że ich partner, inny mężczyzna, oceniać będzie ich kompetencje, męskość, potencję czy energię seksualną (za: [14]).

Zinternalizowana homofobia

Pojęciem zinternalizowanej homofobii określa się w literaturze przedmiotu negatywny stosunek do własnej homoseksualności, prowadzący do autodewaluacji, a w efekcie do konfliktów wewnętrznych i utraty szacunku dla samego siebie [15]. Doprowadzić może ona do dysonansu i konfliktu poznawczego powodowanego zestawieniem podejmowanej aktywności seksualnej z przekonaniem, że ta aktywność lub tożsamość, której ona jest wyrazem, jest „zła”. Może mieć to szczególne znaczenie w odniesieniu do seksu analnego z przekonaniem o jego nienaturalności lub niemoralności. Na poziomie bardziej subtelny zinternalizowana homofobia może być źródłem dewaluowania przez mężczyzn homoseksualnych ich relacji i mniejszej motywacji do pracy nad pokonywaniem ewentualnych problemów seksualnych. Dodatkowo przy wzrastającej akceptacji dla przypadkowego seksu w kulturze gejów mężczyźni ci mogą

podtrzymywać bądź poprawiać poczucie własnej wartości poprzez angażowanie się w aktywność seksualną, w której kontakt osobisty jest minimalny. Pojawia się więc problem w odróżnieniu wyboru związanego ze stylem życia od problemu unikania intymności i wchodzenia w relacje.

Kompensacja

Wspomniana wyżej zinternalizowana homofobia i poczucie osobistej porażki związane z faktem bycia gejem mogą być źródłem kompensacji, polegającej na przyjęciu zbyt wygórowanych standardów dotyczących własnej osoby lub własnej relacji i funkcjonowania w związku. Sytuacja taka może utrudniać spostrzeżenie problemów i ich akceptację, np. poprzez zaprzeczanie ich istnieniu, doprowadzając do trudności w ich rozwiązaniu. Dodatkowo taki wyidealizowany obraz może zwiększać ogólny poziom stresu oraz nasilenie lęku zadaniowego.

Problemy z tożsamością i intymnością

McNally i Adams [13], powołując się na pracę Colemana i wsp. [16], omawiają udział problemów z rozwinięciem pozytywnej i zintegrowanej tożsamości, włączając w to pozytywną ocenę i poczucie spójności pomiędzy własną orientacją, rolą seksualną i zachowaniem seksualnym, w rozwoju problemów seksualnych. Autorzy wiążą ich występowanie ze specyfiką okresu dorastania, któremu w przypadku homoseksualnych mężczyzn towarzyszą ukrywanie swojej tożsamości oraz braki pozytywnych wzmocnień i modeli związanych z nieheteroseksualną seksualnością. Badacze powołują się też na możliwy wpływ niewyrażonej złości, będącej skutkiem traumy i opresji, na relacje intymne gejów. Zwracają także uwagę na potencjalny udział specyficznej dynamiki relacji jedнопłciowych, szczególnie widocznej u lesbijek, ale mogącej też mieć znaczenie u gejów, a mianowicie dążenia do utrzymania poczucia odrębności i indywidualności w kontekście jedнопłciowego przywiązania, czyli na problematykę tzw. fuzji¹.

Inni autorzy, odnosząc się do wspomnianego problemu uwewnętrznionej homofobii oraz problemów z intymnością, wskazują, że mężczyźni homoseksualni uczą się odszczepiać swoją seksualność od reszty siebie, co może być źródłem trudności w utrzymaniu intymności z innymi mężczyznami (za: [16]). Jak pisze Forstein (za: [16]), w tym przypadku „popęd seksualny, który może kierować jednostkę w kierunku intymności z inną osobą został przekształcony w niebezpieczny sygnał potwierdzający czyjaś homoseksualność”. W ten sposób niektórzy mężczyźni homoseksualni są w stanie tolerować tylko ograniczony poziom intymności, a pozostawanie w bliskich emocjonalnie relacjach prowokuje u nich bardzo duży lęk; mogą oni, na przykład,

¹ Jako fuzję lub zlanie się w relacjach autorzy [16] definiują proces wchodzenia w bliski związek poprzez utratę indywidualności. Brak różnicy płci może skutkować niezwykle dużym poziomem związania się partnerów, tak że ekspresja jakiegokolwiek różnicy poglądów czy w zakresie przeżywanych emocji doświadczana jest jako zagrażająca dla egzystencji pary.

bez problemu masturbować się w pojedynkę lub tolerować anonimowy seks, jednak w osobowym kontakcie partnerskim ujawniają się dysfunkcje seksualne. Niektórzy regulują kłopotliwy dla nich poziom intymności w związku poprzez relacje seksualne poza związkiem, poprzez kompulsywną aktywność seksualną lub krótkie epizodyczne związki, które, częściowo zaspokajając potrzebę bliskości, chronią tych mężczyzn przed emocjami, które niosą długotrwałe relacje partnerskie (za: [16]). Dodatkowo, w tym samym kontekście, aktywność seksualna może redukować lęk związany z izolacją, niską samooceną i samotnością; dochodzi więc do swoistej, jak podaje Pincu (za: [16]), „seksualizacji cierpienia”.

Reakcja na HIV i AIDS

Wspomniani Sandfort i de Keizer [12] stwierdzają, że trudno jest w pełni zrozumieć seksualność gejów bez odniesienia do problematyki epidemii HIV/AIDS. Wedle szacunków Organizacji Narodów Zjednoczonych, w zależności od regionu świata, HIV zarażonych jest od 2 do 20% populacji homo- i biseksualnych mężczyzn [17]. Należy przy tym pamiętać, że ryzyko związane z HIV dotyczy głównie podgrupy mężczyzn prowadzących tzw. ryzykowny styl życia seksualnego. Cechuje się on m.in. nawiązywaniem wielu przypadkowych relacji seksualnych, nieużywaniem prezerwatyw w trakcie stosunku analnego oraz nadużywaniem substancji psychoaktywnych przed podjęciem aktywności seksualnych [18].

Wzajemne relacje pomiędzy życiem i funkcjonowaniem seksualnym oraz infekcją HIV i AIDS mogą być skomplikowane. W ujęciu zaproponowanym przez McNally'ego i Adams [13] istnieją różne możliwości: 1) lęk przed infekcją HIV jest powodem życia w celibacie, a to z kolei uniemożliwia zdobycie doświadczeń seksualnych; 2) infekcja HIV jest następstwem aktywności seksualnej, co staje się źródłem poczucia winy, samooskarżeń i depresji; 3) infekcja HIV staje się bezpośrednim źródłem lęku związanego z aktywnością seksualną i problemów seksualnych w związku z ryzykiem przeniesienia infekcji na partnerów seksualnych; 4) używanie prezerwatyw związane z infekcją HIV stanowić może dodatkowy problem; poza ich wpływem na odczuwanie bodźców i potencjalnym zwiększaniem lęku zadaniowego (zwiększona koncentracja na „aktywnym” partnerze) niosą one w tym kontekście znaczenie symboliczne, przypominają o infekcji i ryzyku zakażenia, związane są z infekcją i koniecznością zapewnienia „bezpieczeństwa”; 5) sama wspomniana konieczność „bezpiecznej zabawy” może interferować ze sprawnością seksualną; 6) infekcja HIV jest też źródłem potencjalnych trudności interpersonalnych; dążenie zdrowego partnera do pozostania niezakażonym może być źródłem stresu w relacji; 7) z kolei rozwinięta choroba wprowadza kolejny element, a mianowicie podział na rolę opiekuna i potrzebującego opieki, co może wpłynąć negatywnie na dynamikę relacji w związku.

Czynniki organiczne i postępowanie medyczne

Powyższe czynniki mogą być związane z omówioną infekcją HIV. Należy jednak pamiętać, że niektórzy mężczyźni homoseksualni mogą być bardziej narażeni na inne

choroby przenoszone drogą płciową oraz inne zaburzenia stanu zdrowia ogólnego o potencjalnym wpływie na seksualność, jak na przykład choroby układu sercowo-naczyniowego lub cukrzyca [19]. Nie bez znaczenia może być też większe rozpowszechnienie zaburzeń zdrowia psychicznego, np. depresji, łączone z narażeniem na tzw. stres mniejszościowy [20–22] oraz nadużywania i uzależnienia od substancji psychoaktywnych, które oprócz uwarunkowania wspomnianym stresem mogą być związane ze szczególnym stylem życia subpopulacji mężczyzn homoseksualnych [10, 21].

Czynniki interpersonalne i społeczno-kulturowe

Poza wspomnianym problemem fuzji znaczenie mogą mieć także rozbieżności pomiędzy partnerami dotyczące stylu życia lub stosunek do wychodzenia z ukrycia (tzw. coming out). Autorzy zwracają ponadto uwagę na konieczność tworzenia i negocjowania reguł pożycia partnerskiego i seksualnego w parach jednopłciowych ze względu na brak „odgórnie” ustalonych „reguł” partnerstwa oraz większą różnorodność seksualnych stylów życia i funkcjonowania w tych relacjach. Dodatkowo ma to miejsce przy braku zinstytucjonalizowanego nacisku na utrzymanie monogamicznego związku przez całe życie.

W piśmiennictwie zwraca się ponadto uwagę na możliwy udział czynników społeczno-demograficznych w kształtowaniu życia seksualnego gejów, w tym w powstawaniu problemów i dysfunkcji seksualnych. Na przykład w badaniach osoby nieheteroseksualne statystycznie częściej prezentują się jako bardziej wykształcone, mniej religijne i częściej zamieszkują duże miasta, co potencjalnie nie pozostaje bez wpływu na kształtowanie różnic dotyczących seksualności (za: [23]).

Podsumowanie i wnioski

Dysfunkcje seksualne są częstym problemem u mężczyzn o wieloczynnikowym uwarunkowaniu, niezależnie od ich orientacji seksualnej. Dotknięci nimi mężczyźni wciąż zbyt rzadko szukają profesjonalnej pomocy. W przypadku mężczyzn homo- i biseksualnych dodatkową trudność stanowi konieczność ujawnienia swojej wciąż stygmatyzowanej orientacji seksualnej. Specjaliści zajmujący się zdrowiem psychicznym i seksualnym powinni więc poszerzać swoją wiedzę i kompetencje w tym zakresie, tak aby lepiej odpowiadać na potrzeby tej zaniedbanej populacji. Nie ma powodu, aby przypuszczać, że dysfunkcje seksualne u mężczyzn nieheteroseksualnych różnią się w jakiś zasadniczy sposób, szczególnie w ich aspekcie patofizjologicznym czy dotyczącym stosowanej w nich farmakoterapii. Należy jednak stwierdzić, że wyniki badań dotyczące ich rozpowszechnienia w porównaniu z mężczyznami heteroseksualnymi są niejednoznaczne, a danych, które informowałyby nas o tym, z jakimi problemami ta grupa mężczyzn przychodzi w praktyce do specjalistów, po prostu nie ma. Istnieją natomiast pewne szczególne cechy seksualności gejskiej oraz tła społecznego, na którym jest ona realizowana, tworzące kontekst, którego poznanie jest niezbędne do pełnego zrozumienia problemów seksualnych występujących u mężczyzn homosek-

sualnych oraz do skutecznego niesienia profesjonalnej pomocy, czyli realizowania istoty zawodu lekarskiego.

Piśmiennictwo

1. Althof SE. *Zaburzenia wzwodu. Psychoterapia indywidualna i partnerska*. W: Leiblum SR, Rosen RC. red. *Terapia zaburzeń seksualnych*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005. s. 283–319.
2. Nezu AM, Nezu CM, Lombardo E. *Cognitive-behavioral case formulation and treatment design. A problem-solving approach*. New York: Springer Publishing Company; 2004.
3. Morales A, Barada J, Wyllie MG. *A review of the current status of topical treatments for premature ejaculation*. BJU International 2007; 100(3): 493–501.
4. Symonds T, Roblin D, Hart K, Althof S. *How does premature ejaculation impact a man's life?* J. Sex Marital Ther. 2003; 29(5): 361–370.
5. Gülpinar O, Haliloglu AH, Abdulmajed MI, Bogga MS, Yaman O. *Help-seeking interval in erectile dysfunction: analysis of attitudes, beliefs, and factors affecting treatment-seeking interval in Turkish men with previously untreated erectile dysfunction*. J. Androl. 2012; 33(4): 624–628.
6. McGarry K, Hebert MR, Kelleher J, Potter J. *Taking comprehensive history and providing relevant risk-reduction counselling*. W: Makadon HJ, Mayer KH, Potter J, Goldhammer H. red. *Fenway guide to lesbian, gay, bisexual and transgender health*. Philadelphia: American College of Physicians; 2008. s. 419–439.
7. Bancroft J, Carnes L, Janssen E, Goodrich D, Long JS. *Erectile and ejaculatory problems in gay and heterosexual men*. Arch. Sex. Behav 2005; 34(3): 285–297.
8. Hirshfield S, Chiasson MA, Wagmiller RL, Remien RH, Humberstone M, Scheinmann R. i wsp. *Sexual dysfunction in an Internet sample of U.S. men who have sex with men*. J. Sex. Med. 2010; 7(9): 3104–3114.
9. Jern P, Santtila P, Johansson A, Alanko K, Salo B, Sandnabba NK. *Is there an association between same-sex sexual experience and ejaculatory dysfunction?* J. Sex Marital Ther. 2010; 36(4): 303–312.
10. Kuyper L, Vanwesenbeeck I. *Examining sexual health differences between lesbian, gay, bisexual, and heterosexual adults: the role of sociodemographic, sexual behaviour characteristics, and minority stress*. J. Sex Res. 2011; 48(2–3): 263–274.
11. Shindel AW, Vittinghoff E, Breyer BN. *Erectile dysfunction and premature ejaculation in men who have sex with men*. J. Sex. Med. 2012; 9(2): 576–584.
12. Sandfort TGM, de Keizer M. *Sexual problems in gay men: an overview of empirical research*. Annu Rev. Sex Res. 2001; 12: 93–120.
13. McNally I, Adams N. *Psychosexual issues*. W: Neal C, Davies D. red. *Issues in therapy with lesbian, gay, bisexual and transgender clients*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press; 2001. s. 83–102.
14. Ritter KY, Terndrup AI. *Sex therapy with gay and lesbians couples*. W: Ritter KY, Terndrup AL. red. *Handbook of affirmative therapy with lesbians and gay men*. New York: The Guilford Press; 2002. s. 344–366.
15. Meyer I, Dean L. *Internalized homophobia, intimacy and sexual behaviour among gay and bisexual men*. W: Herek G. red. *Stigma and sexual orientation*. Thousand Oaks CA: Sage; 1998. s. 160–186.

16. Coleman E, Rosser BRS, Strapko N. *Sexual and intimacy dysfunction among homosexual men and women*. Psychiatr. Med. 1992; 10(2): 257–271.
17. UNAIDS. *Men who have sex with men. HIV prevention and care*. Geneva: UNAIDS; 2005.
18. Koblin BA, Husnik MJ, Colfax G, Huang Y, Madison M, Mayer K. i wsp. *Risk factors for HIV infection among men who have sex with men*. AIDS 2006; 20(5): 731–739.
19. Lick DJ, Durso LE, Johnson KL. *Minority stress and physical health among sexual minorities*. Perspect. Psychol. Sci. 2013; 8: 521–548.
20. Grabski B, Iniewicz G, Mijas M. *Zdrowie psychiczne osób homoseksualnych i biseksualnych – przegląd badań i prezentacja zjawiska*. Psychiatr. Pol. 2012; 4: 637–647.
21. Meyer IH. *Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence*. Psychol. Bull. 2003; 5: 674–697
22. Iniewicz G, Grabski B, Mijas M. *Zdrowie psychiczne osób homoseksualnych i biseksualnych – rola stresu mniejszościowego*. Psychiatr. Pol. 2012; 4: 649–663.
23. Herek GM, Cogan JC, Gillis JR, Glunt EK. *Correlates of internalized homophobia in a community sample of lesbians and gay men*. J. Gay Lesbian Med. Assoc. 1998; 2(1): 17–25.

Adres: Bartosz Grabski
Pracownia Seksuologii
Katedra Psychiatrii UJ CM
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a

Otrzymano: 23.11.2015
Zrecenzowano: 10.02.2016
Otrzymano po poprawie: 12.02.2016
Przyjęto do druku: 15.02.2016